

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE SEU PAPEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KNOWLEDGE OF DENTAL SURGEONS ON THEIR ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE

ANTONIA GLÁUCIA FURTADO DE MELO MARTINS¹, GUILHERME FERNANDES GONDIM², KARLOS EDUARDO RODRIGUES LIMA³, GABRIELA SOARES SANTANA⁴, ZILA DANIERE DUTRA DOS SANTOS⁵, NAYANNE BARROS QUEIROZ⁶, ANDRESSA AIRES ALENCAR⁷, CESAR AUGUSTO RODRIGUES PARENTE⁸, JOMÁRIO BATISTA DE SOUSA⁹, NATHÉRCIA ARAÚJO SANTOS RODRIGUES¹⁰, ADRÍCIA KELLY MARQUES BENTO¹¹, ANA CAROLINE ROCHA DE MELO LEITE¹², ANICE HOLANDA NUNES MAIA¹³, MARIA CARULINE FURTADO DE MELO MARTINS¹⁴, SOFIA VASCONCELOS CARNEIRO¹⁵, COSMO HELDER FERREIRA DA SILVA^{16*}

1. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 2. Acadêmico do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 3. Acadêmico do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 4. Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 5. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 6. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 7. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 8. Cirurgião-dentista graduado pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 9. Cirurgião-dentista graduado pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 10. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 11. Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 12. Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB); 13. Professora Especialista do Curso de Psicologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 14. Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 15. Professora Mestre do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA); 16. Professor Mestre do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA).

*Rua Cosmo Santos, 01, Centro, Itapiúna, Ceará, Brasil. CEP: 62740-000. helderferreira_18@yahoo.com.br

Recebido em 26/01/2020. Aceito para publicação em 06/03/2020

RESUMO

O Sistema Único de Saúde estabelece o modelo de atenção centrado na promoção, integralidade do cuidado e na abrangência coletiva das ações e serviços de saúde. O objetivo deste trabalho foi compreender a atuação dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família no município de Nova Russas, Ceará e a relação das suas práticas com as políticas públicas. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Utilizou-se para descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, os dados foram sistematizados por meio de estatística descritiva e roteiro de entrevista, cujas repostas foram analisadas de forma temático-categorial. Participaram do estudo cinco dentistas em exercício profissional, com idade entre 30 e 40 anos. Todos negaram capacitação específica para atuar na ESF. No entendimento dos entrevistados, a atenção básica é descrita como a porta de entrada e o âmbito da promoção de cuidados básicos. As políticas públicas que direcionam suas atividades são a PNAB, a Política Nacional de Saúde Bucal. São mencionados ainda as diretrizes e os princípios do SUS. Conclui-se que o conhecimento dos cirurgiões-dentistas diante as políticas públicas é satisfatório, porém o exercício profissional está focado em práticas próprias da profissão, o que fragiliza o perfil do dentista como profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família, saúde bucal, cirurgião-dentista.

ABSTRACT

The Unified Health System establishes the care model focused on the promotion, comprehensiveness of care and the

collective scope of health actions and services. The objective of this study was to understand the role of dental surgeons in the Family Health Strategy in the city of Nova Russas, Ceará and the relationship between their practices and public policies. This is an exploratory, descriptive, qualitative study. An instrument was used to describe the socio-demographic and professional profile of the participants, whose data were systematized through descriptive statistics and a semi-structured interview script, whose answers were treated by the categorical thematic content analysis method. The study included five dentists in professional practice, who are between 30 and 40 years old, originating from different municipalities, with only one domiciled in Nova Russas. The professionals have, on average, nine years of graduation and eight years of professional practice in the FHS. All denied specific training to work in the FHS. According to respondents, primary care is described as the gateway and scope for the promotion of basic care. The public policies that guide its activities are the PNAB, the National Oral Health Policy. Mention is also made of the guidelines and principles of the underweight SUS. It is concluded that the knowledge of dentists about public policies is satisfactory, but their professional practice is focused on their own practices, which weakens the profile of the dentist as a health professional, in the broadest sense of the term.

KEYWORDS: Health Strategy of the Family, oral health, dental surgeon.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um produto resultante da Reforma Sanitária que apresentou, na

forma de uma política, os arranjos necessários para a reestruturação do modelo assistencial que estava em vigor antes da década de 80. O SUS foi concebido com a intenção de reorganizar a atenção básica em todo o território nacional a partir de ações conjugadas com os seus princípios: territorialização, intersectorialidade, descentralização, coparticipação e priorização de grupos populacionais mais vulneráveis. A inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família se dá no processo de complementação da atenção integral à saúde¹.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um componente político do SUS, cujos pressupostos metodológicos possibilitam a reorganização das práticas assistenciais em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional curativista por um modelo preventivo, coletivo, com base na inserção territorial e na proximidade das famílias e grupos sociais. Representa o acesso primário da população aos serviços de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada do sistema local, sendo considerada a atenção básica ou primária do SUS².

As equipes da atenção básica fundamentadas no trabalho multiprofissional segundo o Ministério da Saúde³ devem ser compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, e quando ampliada, inclui um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal³.

A equipe de saúde bucal foi implantada na ESF para melhorar a qualidade de saúde da população, visando à saúde bucal como parte integrante e ativa do processo saúde-doença. Essa inserção representa a possibilidade de transformar modelos assistenciais da própria odontologia, que, geralmente, são baseados no curativismo, no tecnicismo e no biologicismo. Essa incorporação, que se deu em 2000, integra o cirurgião-dentista em uma equipe multiprofissional com o objetivo que vai além de curar, mas de desenvolver ações coletivas de proteção e promoção da saúde⁴.

A formação acadêmica e em serviço contribuem para o desenvolvimento das competências do cirurgião-dentista frente aos desafios da atenção primária. O perfil dos profissionais efetivamente inseridos nas equipes de saúde da família nos municípios brasileiros pode revelar a consonância entre a política e a prática.

O estudo de caso do município natal da autora do trabalho partiu de seu interesse pela atenção básica e pelo conhecimento do cenário local, com vistas a contribuir com a efetivação das políticas de saúde bucal em nível primário. O ponto de partida da investigação vislumbra desvelar as seguintes questões: qual é o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as competências que devem possuir para atuar na Estratégia de Saúde da Família? Como os profissionais de odontologia exercem suas práticas na atenção primária do município estudado? Como essas práticas se configuram em relação aos pressupostos da política pública de saúde bucal? Parte-se da hipótese que as práticas efetivas em saúde bucal estejam centradas em

modelo de saúde mais próximo à assistência individual e curativa.

O presente trabalho tem relevância local e poderá contribuir ao se somar a outros estudos em diferentes municípios brasileiros. Justifica-se pelo fato de abordar uma corrente preocupação da profissão com a atenção primária, que é a de manter um observatório permanente e valorizar diagnósticos construtivos em prol da efetivação dos pressupostos necessários à reversão do modelo centrado na reabilitação. Riscos de retrocessos ainda são observados, quando o cirurgião-dentista inserido na ESF direciona o seu trabalho para a prática clínica e curativa, deixando de desenvolver ações de prevenção e proteção à saúde, indo, assim, contra os padrões do modelo da política da atenção primária. Além de realizar os procedimentos clínicos de atenção básica à saúde, o dentista do Programa de Saúde da Família deve, em caráter interdisciplinar e interprofissional, atuar na promoção, prevenção de agravos e manutenção da saúde, seja ela individual ou coletiva de acordo com o planejamento local⁵.

Assim, o presente estudo teve como objetivo, compreender a atuação dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família, no município de Nova Russas – CE e sua relação com as políticas públicas da atenção primária.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa fundamentada em referenciais da saúde pública, com ênfase para a Política Nacional de Saúde Bucal.

O estudo foi realizado junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Nova Russas, município brasileiro situado na macrorregião do Sertão dos Inhamuns, distante 300 quilômetros da capital do Estado do Ceará. A população-alvo foi composta pelos 5 cirurgiões-dentistas (CD) lotados e atuando junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Russas – Ceará.

Os critérios de inclusão foram: Cirurgiões-dentistas de ambos os sexos lotados e atuando junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Russas - Ceará, em atividade profissional, com no mínimo, dois meses de atuação nesse âmbito, no período da coleta de dados.

Realizou-se uma única entrevista, com duração aproximada de 30 minutos. Por meio de um único instrumento, foram coletados dados sociodemográficos e profissionais dos entrevistados, seguidos pelas perguntas que compuseram a entrevista semiestruturada. Foi solicitado a cada cirurgião-dentista entrevistado autorização para a gravação de voz, sendo os arquivos de áudio destruídos após a conclusão da pesquisa.

Os dados sociodemográficos e profissionais compreenderam respostas abertas e fechadas ao questionário utilizado, que visaram atender ao propósito de explicitar e caracterizar os sujeitos

informantes, suas especificidades e suas inserções em grupo social específico. Seus resultados foram expressos em variáveis quantitativas e qualitativas, conforme a natureza das respostas. Foi utilizado o software Excel 2016 para organização e distribuição em planilha cuja análise foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e a média como medida de tendência central.

A entrevista semiestruturada forneceu respostas subjetivas dos participantes e que, tratando-se de um estudo de caso sobre o conhecimento acerca de um papel profissional em contexto específico, requereram exame em profundidade pelo método de análise de conteúdo temático-categorial⁶. Este método consiste em proceder com a apreciação das informações sem diferentes etapas. A pré-análise foi constituída pela elaboração e organização de um plano analítico das transcrições. Em sequência foi realizada leitura flutuante e constituição do corpus da pesquisa composto pelas respostas dos cinco sujeitos a cada questão, digitadas em texto corrido por meio do software Word 7.0. das respostas dos participantes a cada pergunta norteadora foram extraídas as frases, correspondendo cada uma, a uma unidade de registro, sem prévia categorização. As unidades de registro foram classificadas em subcategorias temáticas e posteriormente agrupadas em categorias temáticas centrais, pelo critério de homogeneidade e heterogeneidade. O processo de nomeação das subcategorias e categorias emergiu da resposta dos sujeitos.

Esta pesquisa foi elaborada com base nas normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá sob o parecer número 1.288.294.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A unidade contextual do estudo foi composta pelas características sociodemográficas dos cinco cirurgiões-dentistas que constituíram a população estudada, conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de acordo com as variáveis sociodemográficas, Quixadá, CE, 2016.

Variável	Classe	Frequência Absoluta
Gênero	Masculino	02
	Feminino	03
Idade	20 a 30 anos	01
	30 a 40 anos	04
Estado civil	Casado (a)	03
	Solteiro (a)	02
Naturalidade	Nova Russas	01
	Outros municípios	04

Fonte: pesquisa direta.

Verifica-se que há distribuição equivalente entre os gêneros. Os entrevistados têm idade entre 25 a 38 anos, com idade média de 32 anos. Todos são de naturalidade distinta. Apenas um é natural de Nova

Russas. Dos demais, 03 são de outros municípios cearenses e 01 de outro Estado.

Com relação aos dados profissionais, apresenta-se a seguir a caracterização da carreira e atuação profissional, conforme tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de acordo com as características profissionais, Quixadá, CE, 2016.

Variável	Classe	Frequência Absoluta
Tempo de graduação	2000 a 2010	04
	2011 a 2016	01
Pós-graduação	Não possui	02
	Especialização	01
	Mestrado	02
Tempo de atuação como Cirurgião-Dentista	01 a 05	01
	06 a 10	04
Tempo de atuação na ESF	01 a 05	02
	06 a 10	03
Treinamento para atuação na ESF	Sim	02
	Não	03

Fonte: pesquisa direta.

Os cirurgiões-dentistas concluíram seus cursos entre 2006 e 2008 e 01 em 2014, tendo, a maioria uma média de 09 anos de graduação. Conforme revelaram os profissionais, 04 têm em média 08 anos de atuação profissional e 01 tem um ano apenas.

Sobre o tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), 02 profissionais têm 08 anos de inserção nesse âmbito, 02 têm entre 04 e 06 anos e um profissional tem apenas 01 ano que trabalha na atenção primária à saúde. Quanto ao treinamento para atuar na ESF, 02 relataram ter recebido capacitação e 03 não. Quanto à pós-graduação, 02 tem mestrado e especialização, abrangendo a área de saúde pública, 01 tem especialização e 02 não possuem pós-graduação.

O ensino de Saúde Pública nos cursos de Odontologia no Brasil se consolidou nos anos 90 com a criação do SUS, exigindo a formação de profissionais aptos para trabalhar na área de saúde bucal coletiva, com ênfase na atenção primária⁷, evoluindo com a inserção do cirurgião dentista na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família no ano 2000.

Analizando-se o período de graduação dos sujeitos, nota-se que a maioria cumpriu o curso superior concomitante ao período de atuação do cirurgião-dentista na saúde pública e ao processo de inserção acadêmica dos conteúdos sobre o SUS. Os participantes iniciaram sua formação logo após a implantação das diretrizes curriculares nacionais (DCN) que desenvolveram e definiram os fundamentos, as categorias, os princípios e a metodologia da formação dos cirurgiões dentistas⁸.

O ensino de graduação em Odontologia no Brasil passou por uma mudança com a instalação da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Apesar das DCNs terem implantado a saúde bucal no currículo dos profissionais em formação essa inserção veio a obter um avanço com a implantação do programa Brasil Sorridente⁹. Apesar desses progressos e com a prioridade do governo para a atenção primária, esses fatores não têm tido força

suficiente para produzir uma transformação positiva no ensino de saúde pública nos cursos de odontologia^{10,11}.

Os dados também revelam que os anos de exercício profissional têm sido dedicados, em grande parte, à saúde pública, demonstrando que a Política Nacional de Saúde Bucal resulta em empregabilidade e com demandas destinadas aos cirurgiões-dentistas nela inseridos. As necessidades e exigências para a atuação no âmbito da promoção da saúde levam à necessidade de capacitação profissional nos pressupostos da política de recursos humanos no SUS. Os achados apontam que a capacitação não foi um elemento presente em todos os profissionais e está se deu por iniciativa própria pela pós-graduação em apenas dois sujeitos.

Para a construção da política de recursos Humanos é necessário considerarmos construção de dois sistemas fundamentais, que se dividem em duas esferas, uma delas fica as questões referentes ao sistema de produção de recursos humanos, o que refere diretamente a formação ou preparação do profissional e em outra esfera o sistema de utilização, as questões relacionadas a gestão do trabalho¹².

O resultado da análise de conteúdo expressa a tendência do sentido das respostas dos participantes conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das unidades de registro em 4 categorias de sentido

Questão norteadora	Categorias	Unidades de registro
De que forma você descreve o que é atenção básica ou primária em Saúde?	Porta de entrada e o âmbito da promoção de cuidados básicos.	13
	Política exitosa na resolatividade e referência.	04
	Campo de atuação cuja boa formação acadêmica favorece boas práticas em saúde coletiva.	03
	TOTAL	23
Para a atuação do Cirurgião – Dentista na atenção básica à saúde, o que direciona o seu trabalho em termos de políticas públicas?	Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal.	08
	Diretrizes e Princípios do SUS.	07
	Política de Humanização.	02
	TOTAL	17
Como você caracteriza o seu trabalho como Cirurgião – Dentista na Atenção Básica à Saúde?	Responsabilidade pelos cuidados básicos em saúde bucal.	18
	Dificuldade em exercer a profissão devido às restrições do âmbito local.	08
	Resolutividade e trabalho em rede.	06
	TOTAL	32

Fonte: pesquisares.

O conhecimento dos cinco profissionais dentistas sobre as Políticas Públicas de Atenção Básica à Saúde produziu três categorias de repostas, a primeira e com maior prevalência, com 13 unidades de sentido, tende a descrever a atenção básica como a “Porta de entrada e o âmbito da promoção de cuidados básicos”, conforme revelam as seguintes falas:

“É a porta inicial para a entrada do paciente dentro do universo da saúde bucal.” (Participante 02)

“É a porta de entrada do SUS. Onde a gente tenta resolver os problemas mais básicos.” (Participante 03)

“É uma atenção voltada para promoção, prevenção.” (Participante 04)

“Então a gente já começa tendo instruções de fazer atividades coletivas, palestras”. (Participante 04)

Denota-se a compreensão da atenção primária em consonância com os preceitos dos SUS que classificam como o primeiro contato do usuário com a saúde pública. Segundo a Portaria de 28 de março de 2006 a 648/GM a Atenção Primária de Saúde pode ser definida por um conjunto de ações desenvolvidas individual ou coletivamente, que envolvem promoção e proteção da saúde e proteção contra os agravos, diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Considerando o sujeito em sua integridade em um meio sócio cultural no qual a redução de agravos se dá pela promoção, prevenção e tratamento das enfermidades concordando com os preceitos do SUS⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde¹³, a atenção primária é o contato inicial do usuário e da comunidade com o SUS, no qual os cuidados oferecidos pela ESF são levados o mais próximo possível aos locais no quais a população está inserida.

No discurso dos sujeitos, por meio de 04 unidades de sentido, também surge a visão de que a atenção é uma política exitosa na resolatividade e na referência de problemas que extrapolam a capacidade assistencial em nível primário: “tem melhorado muito” (Participante 05).

A avaliação de serviços e modelos de saúde é essencial, pois permite a reordenação e o planejamento para criação de ações que contribuem para o desenvolvimento das práticas que requerem maiores demandas de acordo com a necessidade e satisfação dos usuários relacionando com as características do sistema de saúde. A avaliação do sistema de saúde se torna indispensável para a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, avaliando os processos e resultados relativos ao risco, satisfação e acesso, inteirando os serviços públicos de saúde em busca da qualidade e resolubilidade⁴.

Um recorte das falas, com 03 unidades de sentido, aponta para importância da formação acadêmica com conteúdos teóricos e práticos em saúde coletiva como requisito fundamental para o cirurgião dentista compreender e exercer boas práticas no âmbito da saúde bucal pública:

“Eu tive uma formação na [...] certo? Então, toda a estrutura que a gente tem de ensinamento, de atendimento, toda é baseada no SUS [...] Não tive dificuldade de entender o que é básica e primária.” (Participante 04)

O entrevistado que possui mestrado e especialização em saúde coletiva e uma formação acadêmica descrita como consonante com o SUS, revela uma concepção mais ampla das atividades do cirurgião dentista, sendo o único que mencionou o termo educação em saúde. Os outros sujeitos tenderam a relacionar cuidados básicos em saúde com procedimentos da clínica geral.

A relação diária do profissional com os serviços de saúde é desenvolvida na prática das suas habilidades, dos seus conhecimentos e das suas competências que são acrescentados no decorrer dos anos de formação profissional e de vida. Porém necessita também de qualificação dos profissionais da saúde para o SUS, essas qualificações, consolidam as estratégias e ações tornando-as mais próximas das práticas que são exercidas nos serviços de saúde às teóricas vigentes pelo SUS¹⁴.

Nos últimos anos a Odontologia tem passado por grandes mudanças e ampliações nas escolas de graduação no Brasil, necessitando que os profissionais procurem cada vez mais por pós-graduações para uma qualificação profissional e um destaque maior no mercado de trabalho, o que se pode notar é que os profissionais entrevistados que apresentam um maior conhecimento sobre as políticas são os que possuem especializações empreendidas por esforço pessoal próprio.

Os pressupostos que fundamentam as práticas desenvolvidas na ESF e que norteiam o desenvolvimento do trabalho com base nas políticas públicas desvelaram 03 categorias sendo que a categoria com maior número de unidades de registro (08) foi a que os dentistas têm seu trabalho regido e guiado pelas Políticas Nacional de Saúde Bucal e pela Política Nacional de Atenção Básica. Seguida pelos princípios e diretrizes do SUS que obteve 07 unidades e a Política de Humanização sendo outra categoria que se revelou menos conhecida, com apenas 02 unidades de registro, sendo citada por apenas um dentista.

A Política Nacional de Atenção Básica desenvolve-se com um elevado grau de descentralização, o que leva às ações para as comunidades. É através dela que ocorre o contato dos usuários com os profissionais, inclusive com o cirurgião-dentista. A materialização dessa política se dá através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desempenham um papel central na garantia da população ao acesso à PNAB¹⁵.

Sobre o embasamento das práticas profissionais nas diretrizes das políticas assistenciais, 08 unidades de registro apontam a importância do contato da população com a política de saúde bucal e a necessidade de levantamentos epidemiológicos para definir as necessidades das comunidades, como se pode notar nos seguintes recortes:

“É necessário que se faça o levantamento pra ver aonde há a necessidade e atuar em cima dessa necessidade.” (Participante 02)

“A política Nacional de Saúde Bucal que é o que deve e todos os dentistas devem ser conhecedores dessa diretriz.” (Participante 04)

O cirurgião-dentista na sua atuação na equipe de saúde bucal, não deve limitar-se apenas aos problemas bucais do paciente. Os profissionais devem interagir com os outros integrantes da equipe da ESF, dessa maneira ampliando seus conhecimentos, permitindo uma abordagem ao paciente como um todo, atento a todos os fatores sócios, econômicos, e culturais no qual ele está inserido como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) pressupõe¹⁶.

A segunda categoria citada pelos entrevistados foi classificada como diretrizes e princípios do SUS, que de acordo com a literatura é caracterizada pelo modelo de serviços de saúde que supera as desigualdades sociais em saúde, redirecionando suas ofertas de serviços e ações de acordo com o perfil da comunidade, visando priorizar os grupos cujas condições de vida e saúde esteja mais arriscada ou em um estado que requer mais atenção², como mostra no recorte abaixo:

“Qual o perfil da população que a gente tem que estar alcançando, o perfil que eu diga é tanto questão de grupos por idades, como grupos de atenção que é hipertensos, diabéticos, gestantes, que são prioridades.” (Participante 04)

Devido à inserção de o cirurgião-dentista ter-se dado seis anos após a implantação do PSF que hoje é conhecido com ESF, os cirurgiões dentistas não se sentiam participantes da ESF, citando que essa situação vem sendo melhorada com o tempo:

“Quando eu comecei a trabalhar eu me senti um pouco excluído do trabalho do médico e do enfermeiro e hoje em dia já estou mais integrado” (Participante 03).

“O dentista hoje é mais integrado a equipe do que há uns anos [...] Acho que de 2005 pra cá, que veio ficar mais forte essa questão do dentista no PSF, tanto o número de dentista no PSF.” (Participante 03).

Nota-se uma apropriação do SUS pelos cirurgiões-dentistas como se percebe no seguinte recorte:

“...eu acho que sou dos poucos dentistas que tem essa noção, conscientização que a gente faz parte do SUS também, porque a maioria dos dentistas acha que é só atender e pronto [...] não sou enfermeiro, mais gosto de estudar o SUS.” (Participante 03)

Menor referência à Política Nacional de Humanização (PNH) aponta para possível fragmentação e isolamento da PNH, que é transdisciplinar e transversal. Também conhecida como humaniza SUS é uma estratégia perene que empreende a efetivação dos princípios do SUS, modificando o modo de agir e cuidar dos participantes dos programas de saúde. A PNH visa à comunicação entre os gestores, usuários e trabalhadores para estabelecer as ações de

enfrentamento em relação ou poder, afeto e trabalho que na maioria das vezes causam ações desumanizadoras e reduzem a autonomia e a responsabilidade dos profissionais no seu ambiente de trabalho e do paciente em relação a cuidado de si².

A caracterização da prática cotidiana em saúde bucal por meio de categorias de sentido exhibe inicialmente a categoria que agregou mais unidades de registro (18) que esboça o trabalho como o primeiro contato do paciente com a atenção básica: *“Uma intermediadora na solução dos problemas deles.”* (Participante 02). Nota-se que o profissional tem o conhecimento e maneja suas responsabilidades no cerne da ESF, embora não tenham, na sua maioria, recebido treinamento para exercer essa que resulta em ser apreendida com a vivência na UBS.

O primeiro contato do usuário no sistema de saúde brasileiro caracterizado como “porta de entrada” tem como modelo a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude. O modo como se organiza o processo de desenvolvimento das práticas da ESF é de forma predominantemente “parcelada, isolada e fragmentada” afetando a sentido integral ao sistema de saúde¹⁷.

A descrição também exhibe as limitações do contexto local analisado. Dois dos cirurgiões-dentistas relataram entraves para exercer seu trabalho junto à ESF devido à falta de estrutura, sendo impossibilitado de trabalhar em harmonia com as políticas vigentes no país. Essa categoria comportou 08 unidades de registro.

“É bem complicado, porque a gente tenta fazer o que as políticas direcionam, mas não tem estrutura para isso”. (Participante 01).

A qualificação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se como precário, a dificuldade que os profissionais se deparam para desenvolver seu trabalho e direcionar o atendimento e a resolução da necessidade da população se concretiza pela problematização relatada em desenvolver as práticas no interior da atenção primária¹⁸.

Os valores mensais repassados pelo SUS para a utilização dos usuários contam cerca de R\$ 25,00 reais por pessoa incluindo consultas, exames e internações, incluindo também tratamentos mais complexos. Esse valor chega a ser dez vezes menor que o valor repassado pelos países desenvolvidos e está muito abaixo dos valores cobrados por empresas que disponibilizam plano de saúde privado. Todos os cidadãos que cumprem com os deveres de pagar seus impostos pagam mais de uma vez pelo serviço que são oferecidos pelo SUS e em geral, não estão satisfeitos¹⁹.

Os profissionais também relataram o processo de “resolutividade, referência e contrarreferência e o trabalho em rede” que é desenvolvido no interior do SUS, com a participação de profissionais das três esferas de atenção, a primária, a secundária e terciária. Essa ação é permitida pelo nível de atendimento, visando à complexidade do caso de cada paciente, tratando o indivíduo como único e sendo necessário

traçar para cada usuário um plano de tratamento no qual o profissional assume o papel de intermediador desse processo.

Vou direcionar ele pra ir para atenção secundária [...] os casos mais complexos eu vou direcionar o paciente para os especialistas dentro da atenção secundária.” (Participante 02)

O processo de referência e contrarreferência é um sistema de operacionalização racional do SUS, a partir do qual os serviços oferecidos ao paciente são organizados de uma forma que venham a possibilitar um acesso aos serviços existentes no SUS de modo universal e cuidadoso. Os usuários devem procurar a UBS de sua área territorial, na qual o paciente tem o primeiro contato com os serviços de menor densidade tecnológica. A verificação de maior complexidade clínica leva à referência e orientação para a unidade de maior complexidade técnica chamadas de unidade de referência, na qual o paciente é atendido e retorna para a UBS de base para dar continuidade ao seu tratamento por meio do acompanhamento longitudinal².

As práticas exercidas na ESF pelos cirurgiões dentistas entrevistados e sua relação com as atribuições específicas na Unidade Básica de Saúde conforme prescrições da Política Nacional de Atenção Básica são demonstradas a seguir:

Atribuição I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal. Essa atribuição foi citada por apenas 01 dentista que relatou ter feito territorialização uma vez, como mostra o recorte: *“...quando eu cheguei aqui, tive que conhecer a área que o PSF abrangia para saber como ia ser meu calendário de atendimento.”* (Participante 02).

Atribuição II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade. Essa atividade foi mencionada por 03 entrevistados descrevendo: *“na parte da saúde coletiva eu costumo realizar palestras, relacionadas à saúde bucal, voltadas principalmente para o público alvo, palestras nas escolas, públicos alvo de crianças do ensino infantil e médio e às vezes quando surge oportunidade nível superior também”.* (Participante 02) e outros citaram dificuldade em realizar essa atribuição como mostra o recorte: *“...o ideal era que funcionasse todo dia, que ia ter uma coisa bem programada, por exemplo destinar uma manhã ou uma tarde na semana pra fazer ação coletiva, o grande problema também de fazer ação coletiva na escola é porque cada dia estar menor o número de escola, de alunos nos distritos, os alunos vão todos pra sede, estudar.”* (Participante 01).

Atribuição III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase

clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Todos os sujeitos referiram realizar essas ações: *“procedimentos clínicos são os básicos preconizados pela tabela do E-SUS.”* (Participante 02).

Atribuição IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. *“Atendo por demanda espontânea mesmo.”* (Participante 05) *“...eu tenho paciente agendado e tenho o dia de demanda livre.”* (Participante 04) foram os recortes dos 02 dentistas que citaram realizar essa atribuição.

Atribuição V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. Todos os entrevistados desenvolvem essas ações coletivas nas escolas, voltadas para a prevenção de doenças. *“eu me esforço de pelo menos a cada três meses, ir à escola, fazer palestra, escovação supervisionada, alguma coisa, alguma atividade.”* (Participante 04).

Atribuição VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Não foi mencionado pelos entrevistados o desenvolvimento dessa prática.

Atribuição VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB). Nenhum dos sujeitos citou o desenvolvimento dessa ação dentro da estratégia. Sendo que no desenvolvimento do trabalho desses profissionais é supervisionado pelo cirurgião-dentista.

Atribuição VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Os cirurgiões-dentistas entrevistados não mostraram nenhuma atividade relacionada a essa atribuição.

O processo de territorialização citado por apenas um dos entrevistados é uma das atividades preconizadas pelo SUS. O conhecimento do território sob a responsabilidade da ESF guia e define os trabalhos desenvolvidos pelos gestores das estratégias que envolvem uma área determinada de saúde. O processo de territorialização não é apenas de cunho político-operativo, ele é sanitário, formando uma interação da população que vive no espaço abrangente com os problemas de saúde encontrados naquele espaço²⁰.

A promoção e a prevenção de agravos são encontradas em duas das atribuições dos cirurgiões-dentistas, nas quais os trabalhadores do SUS necessitam desenvolver de forma continuada e constante o compromisso efetivo para com a defesa da vida individual e coletiva dos usuários e a promoção do bem-estar, por meio do planejamento das práticas a partir da avaliação satisfatória dos indicadores de saúde¹.

Observou-se que as atividades que são predominantemente realizadas pelos cirurgiões-dentistas são as atividades clínicas, que caracterizam o trabalho curativista do cirurgião-dentista. Fazem parte desse conjunto as práticas desenvolvidas no interior do

consultório odontológico, voltada para as ações de execução dos procedimentos práticos. O panorama revelado demonstra o afastamento das práticas ampliadas e comunitárias da atenção básica.

Quadro 03. Atribuições dos profissionais de odontologia previstas na Política Nacional de Atenção Básica comparadas com as atividades exercidas pelos entrevistados.

O modelo curativista não deve configurar as práticas dos profissionais de odontologia desenvolvidas no espaço da ESF que, ao contrário, está centrada na promoção e prevenção de agravos, visando o modelo de assistência odontológica decorrente da compreensão mais eficaz, bem como ações voltadas ao sujeito integral, sendo realizadas atividades com exclusividade para cada indivíduo, visando o estado de saúde com base nos condicionantes do processo saúde-doença.

Na atribuição referente à importância da demanda espontânea foi citada por apenas 02 cirurgiões-dentistas sendo que um deles atende apenas por demanda espontânea sem programação estabelecida e o outro com um cronograma firmado, no qual já constam programados os dias de atendimento para a livre busca pelos serviços de saúde²¹.

Os pacientes atendidos na ESF são responsáveis pela criação da demanda espontânea, sendo está representada pela perspectiva do procedimento que o paciente procura, em contexto no qual o profissional da saúde é visto como o responsável pela resolutividade do problema visualizado.

A execução da atenção à saúde apoiada na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade, visando a resolubilidade das demandas, foi citada por três dos cinco entrevistados. Eles afirmam realizar a promoção e a prevenção de saúde por meio de palestras coletivas e ações individuais com os pacientes²².

Na formação de uma equipe multiprofissional a interdisciplinaridade é uma forma de oferecer para o paciente um cuidado maior na resolubilidade dos seus problemas, com o desenvolvimento de ações flexíveis e postura profissional que permite os profissionais atuarem nas suas áreas produzindo um melhor acolhimento e um vínculo do paciente quando em conjunto com a equipe. Essa prática em saúde conduz à qualificação profissional em serviço, de modo permanente, através do compartilhamento de saberes do usuário com a equipe, garantindo resultados mais eficazes no processo de cura e/ou no controle de danos, doenças, sofrimentos, transtornos e mortes.

Houve atribuições que não foram citadas pelos dentistas como aquela que responsabiliza o cirurgião-dentista pelo acompanhamento e monitoramento das atividades desenvolvidas pelos Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) no âmbito da ESF e a fiscalização do descarte do insumo produzido no consultório odontológico²³.

4. CONCLUSÃO

O conhecimento dos entrevistados acerca das diretrizes formuladas pelas políticas que regulam as

ações do cirurgião-dentista na atenção primária revelou-se centrado no conjunto de determinações do SUS para a odontologia. Os princípios doutrinários são parcialmente mencionados e a Política Nacional de Humanização surge com menor expressão enquanto parâmetro norteador das ações de saúde bucal, o que denota o exercício profissional reducionista e situado em práticas próprias da profissão. O perfil do dentista como profissional da saúde, na acepção mais ampla do termo, se mostra frágil.

A partir dos resultados da pesquisa, pode-se afirmar que os cirurgiões-dentistas não desenvolvem todas as atividades que lhes são atribuídas pela PNAB, dando enfoque às práticas curativistas, em detrimento das ações comunitárias de caráter coletivo e educativo e daquelas relacionadas à clínica ampliada, à gestão do trabalho e à supervisão de equipes. Estes achados vêm a confirmar a hipótese sobre a predominância do modelo tradicional em saúde bucal no cenário estudado. Nota-se a necessidade de implementação de políticas e programas que capacitem os cirurgiões-dentistas para atuar na atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos N, *et al.* Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12:429- 435.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Rede humaniza Sus. Referência e contrarreferência. Brasília, 2011.
- [3] Ministério da Saúde. A estratégia Saúde da família na atenção básica do SUS. Brasil. Brasília, 2011.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006.
- [5] Souza TMSS, Roncali AG. Saúde bucal no programa da família: avaliação do assistencial. *Cad saúde pública* 2010.
- [6] Oliveira JLC. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes, 2005. Tese (doutorado em odontologiapreventiva e social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba. UNESP. São Paulo, 2005.
- [7] Emmerich A, Castiel L. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas? *Odontologia dos desejos e das vaidades. História Ciências Saúde. Manguinhos*, 2009; 16 (04): 95-107.
- [8] Brasil. Ministério da Educação. Conselho nacional de educação. Resolução CNE/CP 1 de 18 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais para a formação de profissionais da saúde. Brasília, 2002.
- [9] Almeida B, Alves A, Leite M, *et al.* Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS*, 2010; 13 (01):126-132.
- [10] Morita MC, *et al.* Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em odontologia. *Revista de Odontologia*, 2010; 39 (2):75-79.
- [11] Zilbovicius C, *et al.* A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. *Journal of Dental Education*, 2011; 75(4):557-564.
- [12] Silva Júnior A, Alves G. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia ValériaG. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.). *Modelos de atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz,p, 2007: 27-42.
- [13] Atenção a saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006.
- [14] Silva JBO, Souza IPR, Tural LFR. Saúde bucal da criança: manual de orientação para profissionais e estudantes da área da saúde. Universidade José do Rosário Velano UNIFENAS, 2010.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde (MS). PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.
- [16] Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF*, 2007; 12 (03):18-35.
- [17] Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24 (2):241-246.
- [18] Oliveira JLC. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes, 2005. Tese (doutorado em odontologiapreventiva e social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba. UNESP. São Paulo, 2005.
- [19] Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. O sus pode ser seu melhor plano de saúde. Brasília; IDEC, 2006.
- [20] Santos A, Rigotto R. Territory and territorialization: incorporating the productions, labor, environment, and health relations in primary health care. *Trab. Educ e Saúde*, 2010; 8 (3):387-406.
- [21] Merhy EE, Franco TB, Bueno WS. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). São Paulo: hucitec, 2007: 37-55.
- [22] Jungles JR. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e transversalidades. *Revista da Escola de Enfermagem- USP*, 2009; 43 (4):937-944.
- [23] Araújo MBSA, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2007; 12 (02):455-464.